ünster i/W. 1934. 29 Med Diss.

Aus dem gerichtsmedizinischen Institut der Medizinischen Akademie
in Düsseldorf.
(Direktor: Prof. Dr. Berg.)

Die forensische Bedeutung der Sturzgeburt auf dem Klosett.

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der Würde eines doctor medicinae
durch die Medizinische Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
in Gemeinschaft mit
der Medizinischen Akademie in Düsseldorf

vorgelegt von
ANTON ARETZ
aus M.Gladbach

19 NOLTE 34

DISSERTATIONSVERLAG G. H. NOLTE DÜSSELDORF

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität und der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.

gez. Schmidt
Rektor der Medizinischen Akademie Düsseldorf

gez. Esch
Dekan der Medizinischen Fakultät Münster

gez. Berg
1. Berichterstatter

gez. Többen
2. Berichterstatter

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MEINEN LIEBEN ELTERN GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547224_0041

1. Kapitel.

Einleitung.

„Der tagelang währenden Geburt steht als entgegengesetztes Extrem „die Sturzgburt" gegenüber, die mit einer einzigen Wehe eingeleitet und beendet wird" *. Natürlich gibt es zwischen beiden Fällen jeden fließenden Übergang. So interessiert den Geburtshelfer vor allem bei dieser äußerst schnellen Überwindung der Geburtswiderstände die Mechanik, wie sie sich aus dem Zusammenspiel der Kräfte bei der Konfiguration des Kopfes der Frucht und der Gestaltung der mütterlichen Geburtswege ergibt. Der Gerichtsarzt dagegen wird mehr bei einer Definition der Sturzgeburt den Verlauf der Geburt außerhalb des Bettes betonen. Es ist auch leicht verständlich, daß die Schwangeren von einer Geburt, die derart plötzlich einsetzt, in jeder Lage und Stellung überrascht werden können. So sind denn auch von vielen Autoren Sturzgeburten beschrieben worden, die sich im Stehen, im Sitzen, im Hocken, im Gehen, auf der Eisenbahn, im Auto oder auf dem Klosett zugetragen haben. Letztere Sturzgeburten auf dem Klosett will ich zum Gegenstand dieser Abhandlung machen.

2. Kapitel.

Allgemeines über die Klosettgeburt.

Zuerst wird der Unerfahrene der Aussage der Mutter, sie sei auf dem Klosett von der Geburt überrascht worden, keinen Glauben schenken. Sein Zweifel erscheint als begründet, wenn man die stundenlang dauernden, schmerzhaften Wehen der normal Gebärenden zum Vergleich heranzieht. Aber man muß bedenken, daß manche Schwangere, besonders die unerfahrene Erstgebärende, die Wehen als solche nicht erkennt oder das Ende der Geburt nicht abzuschätzen vermag; die Mehrgebärende aber wird leicht annehmen, jede Geburt dauere so lange wie die erste. Hinzu kommt, daß die Wehen oft als Stuhldrang oder als Drang zum Harnlassen gedeutet werden. Besonders liegt diese Verwechslung von Stuhldrang und Wehen nahe, wenn zum Schluß der Geburt der Kopf des Kindes auf den Darm drückt. So geschieht es selbst in Gebärkliniken gelegentlich, daß Frauen gegen Ende der Geburt Stuhldrang empfinden und aufstehen und daß das Kind in den Nachtstuhl oder Eimer gerät. Wenn dies der Gebärenden draußen passiert, so kann sie sehr leicht in Verdacht kommen, ihr Kind absichtlich oder fahrlässig in

*) Stoeckel S. 202.

das Klosett hineingeboren zu haben. Eine Entscheidung, ob das Kind aus Verschulden der Mutter getötet worden ist oder ob ein unverschuldeter Unglücksfall vorliegt, ist denn auch sehr schwer und kann nur aus allen bekannten Einzelheiten und Nebenumständen getroffen werden. Um zu sehen, in welcher Richtung eine Untersuchung geführt werden soll, müssen zuerst die gesetzlichen Bestimmungen über die Kindestötung betrachtet werden.

3. Kapitel.

Die Kindestötung im Strafgesetz.

Meist wird es sich in den Fällen, mit denen sich der Gerichtsarzt beschäftigt, um unverehelichte Frauen handeln. Für diese Fälle bestimmt § 217 Str.G.B.:

> Eine Mutter, welche ihr uneheliches Kind in oder gleich nach der Geburt vorsätzlich tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter 3 Jahren bestraft. Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter 2 Jahren ein.

Voraussetzung für eine Anwendung dieser Vorschrift ist demnach zeitlich einerseits der Beginn der natürlichen Ausstoßung (zur Unterscheidung von der Abtreibung) und andererseits die Tötung noch während des durch die Geburt hervorgerufenen Erregungszustandes. Objekt der Tat kann nach geltendem Recht nur ein uneheliches Kind sein, d. h. ein Kind, dessen Eltern weder zur Zeit des Beischlafes noch zur Zeit der Geburt verheiratet waren. Doch schlägt der Entwurf des neuen Str.G.B. den Wegfall der Voraussetzung der Unehelichkeit vor, sodaß im Falle einer Annahme dieses Vorschlages auch die Tötung ehelicher Kinder beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen unter den sogenannten Kindesmordparagraphen fallen würde. Nach geltendem Recht ist in diesem Falle zu untersuchen, ob die vorsätzliche Tötung des ehelichen Kindes durch die Mutter mit oder ohne Überlegung ausgeführt ist, d. h. nach der Rechtsprechung des Reichsgerichtes mit oder ohne „Klarheit über das Tun und Bewußtheit der kontrastierenden Motive". (R.G.Str. Bd. 42, S. 260). Wenn die vorsätzliche Tötung mit Überlegung im Augenblick der Ausführung der Tat begangen ist, muß nach § 211 Str.G.B. wegen Mordes auf die Todesstrafe erkannt werden. War die vorsätzliche Tötung ohne Überlegung im Zeitpunkt der Tat ausgeführt, so muß nach § 212 Str.G.B. wegen Totschlages eine Bestrafung mit Zuchthaus nicht unter 5 Jahren erfolgen, wobei nach § 14 Abs. 2 Str.G.B. der Höchstbetrag der Zuchthausstrafe 15 Jahre beträgt.

Voraussetzung der Anwendung der gesamten angeführten Normen ist die vorsätzliche Begehung der strafbaren Handlung, d. h. ihre Verwirklichung mit Wissen und Willen, oder zumindest das Einverständnis mit der für möglich gehaltenen Verwirklichung. (Dolus eventualis).

Kann eine vorsätzliche Tat der Kindesmutter nicht festgestellt werden, so ist zu prüfen, ob die Kindesmutter fahrlässig die Sorgfalt außer acht gelassen hat, zu der sie nach den Umständen und nach ihren persönlichen Verhältnissen objektiv verpflichtet und subjektiv imstande war und infolgedessen nicht voraussah, daß sich der Tatbestand der strafbaren Handlung verwirklichen könnte, (unbewußte Fahrlässigkeit: negligentia) oder, obwohl sie das für möglich hielt, darauf vertraute, daß es nicht geschehen werde (bewußte Fahrlässigkeit: luxuria). Ist der Tod des Kindes durch solche Fahrlässigkeit verursacht, so ist die Kindesmutter nach § 222 Str.G.B. wegen fahrlässiger Tötung mit Gefängnis bis zu 3 Jahren zu bestrafen. Während der Richter alle übrigen Tatbestandsmerkmale der angeführten Bestimmungen selbst feststellen muß, ist ihm das für die Frage des Vorsatzes oder der Fahrlässigkeit in dem oben erörterten Umfang meist nicht möglich. Für die Entscheidung dieser Frage bedarf daher der Richter der sachverständigen Hilfe des Mediziners.

Für dessen Entscheidung des Verschuldens oder Unverschuldens der Kindesmutter an der Tötung sind vor allem wesentlich der lokale Befund, die Untersuchung der Mutter und des Kindes. Für die Untersuchung des Kindes kommt die Sektion in Frage, für die § 90 Str.P.O. besonders bestimmt, daß die Untersuchung auch darauf zu richten sei, ob das Kind nach oder während der Geburt gelebt habe, und ob es reif oder wenigstens fähig gewesen sei, das Leben außerhalb des Mutterleibes fortzusetzen. Erstes ist vor allem wichtig wegen der Unterscheidung von Kindestötung und Abtreibung.

4. Kapitel.

Der lokale Befund.

Was den lokalen Befund anbelangt, so wird man sein Augenmerk zuerst auf die Untersuchung des Klosetts selbst richten. Auf dem Lande wird man noch die alten Aborte finden, die direkt in eine Jauchegrube führen. Hierzu kurz einen Fall: In einer Jauchegrube war die Leiche eines neugeborenen Kindes aufgefunden worden, und dasselbe wies starke Schädelverletzungen auf. Daraus schloß man, daß die Kindesmutter das Kind zuerst getötet und dann in die Jauchegrube geworfen habe. Jedoch wurde der Fall im Laufe der Untersuchung dahin geklärt, daß die Grube zur Zeit der Geburt zugefroren war. So ließen sich die Schädelverletzungen ohne weiteres erklären. In der Stadt wird man zumeist Wasserklosetts antreffen. Hier ist auf die spezielle Bauart zu achten. Besteht das Klosett aus einem Trichter, so ist die lichte Weite des abführenden Rohres zu messen und zu überlegen, ob der Kopf des Kindes durchrutschen konnte. Wichtig ist ferner die Untersuchung, wohin das abführende Rohr geht. Steht nämlich darin Wasser, so besteht für das Kind die große Gefahr, in diesem Wasser, der Spülflüssigkeit oder dem Fruchtwasser zu ersticken, wenn es nicht schon vorher in der Enge

des Rohres wegen Behinderung der Atmung erstickt ist. Besteht das Klosett aus einer hinteren Spülschüssel und einem vorn endenden Abflußrohr, so ist die Lage, in der das Kind aufgefunden wird, bemerkenswert. Man muß bedenken, daß die Kreissende sich meistens nach vorne beugen wird. Die austretende Frucht wird also gegen die vordere Wand gedrückt, an dieser entlang gleiten und schließlich mit dem vorangehenden Teil in das abführende Rohr geraten. Zu Bedenken wäre Anlaß vorhanden, wenn das Kind nicht mit dem vorangehenden, durch die Geburtsgeschwulst kenntlichen Teil, sondern mit einem anderen Teil in dem abführenden Rohre stäke. Wird dagegen das Kind im hinteren Teile, also der Klosettmulde gefunden, so würde ein solcher Befund, eine nicht veränderte Lage der Frucht vorausgesetzt, darauf hindeuten, daß die Geburt bei extrem gebeugtem Oberkörper geschehen ist oder daß die Kreissende sich nicht auf den Klosettrichter gesetzt hat, sondern mit gespreizten Beinen stehend sich vornüber gebeugt hat. Findet man auf dem Klosett Blut, so kann man annehmen, daß die Geburt wirklich hier stattgefunden hat. Natürlich muß man genau die Lage der blutigen Stellen berücksichtigen und sehen, ob sie mit der Klosettgeburt in Zusammenhang zu bringen sind. Sind Zeugen vorhanden, so können diese eventuell noch angeben, wie lange die Kindesmutter sich auf dem Klosett aufgehalten hat, oder in welchem Zustand sie das Klosett verlassen hat.

5. Kapitel.

Die Untersuchung der Mutter.

Damit kommt man zur Untersuchung der Mutter und der Wertung ihrer Aussagen. Wenn der Zeitpunkt der Geburt nicht schon zu lange vorbei ist, wird man keine Schwierigkeiten haben, festzustellen, ob und wann eine Frau geboren hat. Die Beschaffenheit der Brüste, das Austreten von Kolostrum oder Milch, die meist schlaffen Bauchdecken mit ihren Striae, die Beschaffenheit des Muttermundes und Risse aller Art, die Größe des Uterus und die aus ihm austretenden Lochien geben sichere Auskunft über die stattgehabte Geburt und ihren Zeitpunkt. Besonders wichtig ist aber die Untersuchung des Beckens, da ein allgemein verengtes Becken die Sturzgeburt schon unwahrscheinlich macht. Den Ablauf der Geburt muß man sich von der Mutter wiederholt schildern lassen, um eventuell Widersprüche zu finden. Wenn die Kindesmutter angibt, sie habe das Kind nicht aus der Toilette herausziehen können oder besser versorgen können, so muß man ihr Glauben schenken. Man muß bedenken, daß eine Gebärende in einem mehr oder weniger starken Erregungszustand sich befindet, der bei der unehelich Geschwängerten noch durch die heimliche Geburt und die vorausgegangene Gemütsdepression gesteigert wird. Schon v. Winkel gibt an *), daß eine Frau nach einer

*) Stoeckel S. 806.

Sturzgeburt „unfähig zur Überwachung und Gestaltung der Sachverhalte in ihrer Umwelt" ist. Die Physiologie erklärt den Zustand der Kindesmutter nach einer Sturzgeburt folgendermaßen (H. R. Hess)*): „Die rasch verlaufende und umfangreiche Verkürzungsleistung der glattmuskeligen Elemente des Uterus gravidus und seines Bandapparates im Verlauf einer Sturzgeburt darf als Höchstleistung eines vegetativen Apparates gewertet werden. Dementsprechend ist auch die Möglichkeit zuzugeben, daß durch diese vegetative Höchstleistung der animale Apparat in seiner Gesamtheit in der ersten Zeit nach der Sturzgeburt stillgelegt werden kann." In dieser reflektorischen Stillegung des animalen Apparates erblickt die Physiologie die Pathogenese des unbewußten effektiven Unvermögens von puerperae nach Sturzgeburten, den Sachverhalt einer Lebensgefahr ihres Neugeborenen zu erkenen und beheben zu können. Daraus folgert Walthard*): „Dank der Erforschung der Ordnungsgesetze der zentralen Betriebsregulierung durch den Physiologen ist es erhöhte Pflicht des Geburtshelfers, mit Nachdruck darauf aufmerksam zu machen, daß die Angaben einer Inkulpatin in punkto infanticidii nach Sturzgeburten über ein körperliches Unvermögen post partum, wie beziehungsweise die Angabe über das Unvermögen, sich zu bewegen oder sich vom Toiletteneimer zu erheben, auf mehr Berücksichtigung Anspruch haben dürften als bisher. Sache des Sachverständigen in Fragen von Kindsmord durch Unterlassung ist es, die Richter auf die Möglichkeit aufmerksam zu machen, daß nach Sturzgeburten der Tod des Neugeborenen nicht durch vorsätzliche Unterlassung, sondern auch durch eine zwangsläufige Unterlassung infolge eines effektiven Unvermögens des animalen Apparates, welches durch Willenskraft nicht überwunden werden kann, erfolgt." Der Schok wird oft noch verstärkt durch heftige Blutungen, da den plötzlichen Wehenstürmen eine reaktive Atonie folgt.

6. Kapitel.

Die Untersuchung des Kindes.

Für das Kind besteht bei der Sturzgeburt, die mit Nabelschnurzerreißung einhergeht, die Möglichkeit der Verblutung aus den Nabelgefäßen. Sie tritt allerdings kaum je ein, weil der Druck in den Nabelgefäßen mit Einsetzen der Atmung sinkt und die Gefäßintima sich zusammenrollt. Besondere Wichtigkeit kommt der Untersuchung der Nabelschnur zu. Bajonettartige Zerfaserung der Enden spricht für Zerreißung beim Fall, während glatte Schnittflächen eine künstliche Durchtrennung beweisen. Dieses Ergebnis der Nabelschnuruntersuchung muß man mit dem Ablauf der Geburt vergleichen, wie er sich aus den Aussagen der Mutter ergibt. Das Kind ist schon in der ersten Periode der Sturzgeburt in großer Gefahr, durch

*) Stoeckel S. 806.

den plötzlich einsetzenden Wehensturm in Asphyxie zu kommen oder bei einem derartig forcierten Durchpressen durch die Geburtswege Schädelverletzungen und intrakranielle Blutungen zu erleiden. Wenn diese schon bei einer normalen Geburt auftreten können, so ist das Kind umsomehr bei einer Sturzgeburt davon bedroht. Beim Aufschlagen auf das Klosett können Schädelverletzungen eintreten. Man muß daher das Klosett daraufhin untersuchen, welche Arten von Verletzungen bei einem Sturz in dasselbe möglich sind. Auch ist Tod durch Verblutung infolge Leberruptur bei einer Sturzgeburt beschrieben worden (s. u.). Wichtig ist bei einer Klosettgeburt vor allen Dingen die Lungen- und Magendarmprobe. Ist es doch möglich, daß das Kind vor seinem Sturz in die Spülflüssigkeit schon gestorben war. Durch vorzeitige intrauterine Atembewegungen und dadurch bewirktes Einatmen von Fruchtwasser und Mekonium kann der Tod schon vor dem Sturz eingetreten sein. Diesen muß man durch die Untersuchung zu trennen suchen von dem Ertrinkungstod, der nach begonnener extrauteriner Atmung eintrat. Letzterer tritt häufig im Wasser des Klosettrohres ein; er kann sogar bei geeigneter Lage des Kindes durch Erstickung in der niedrigen Wasserschicht der hinteren Mulde erfolgen. Die Untersuchung des Kindes muß sich auch darauf erstrecken, ob es ausgetragen oder eine Frühgeburt ist, weil dies für die Beantwortung der Schuldfrage eine Rolle spielt. Und schließlich sind von großer Wichtigkeit die Spuren äußerer Gewalteinwirkungen, wie Würgspuren und Mundrachenverletzungen. Diese wiederum sind scharf zu trennen von solchen Verletzungen, die durch Gebärselbsthilfe der Kreissenden entstanden sind.

7. Kapitel.

Fälle aus der Literatur.

In der einschlägigen Literatur finden sich verschiedenartigste Fälle von Sturzgeburten auf dem Klosett. Daneben sind Geburten auf dem Eimer beschrieben, die grundsätzlich ähnlich zu bewerten sind.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1901. Bd. 22. p. 392:

H. Witthauser wurde zu einer Schwangeren gerufen. Diese saß auf dem Nachtstuhl und sagte, sie habe viel Brustpulver genommen und habe deshalb starken Stuhlgang; außerdem meine sie, die Geburt herannahen zu fühlen. Bei der Untersuchung der Frau im Bett sah der Arzt zwischen ihren Beinen die abgerissene Nabelschnur und die Nachgeburt austreten. Das Neugeborene fand er mit dem Kopf nach unten in dem halb mit Wasser gefüllten Eimer des Nachtstuhles ertrunken vor. Die Eltern bedauerten sehr den Tod dieses ihres zweiten Kindes.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1902. Bd. 24 p. 74:

Dr. Kob beschreibt folgenden Fall: Die 32 Jahre alte, unverehelichte B. G., die schon zweimal geboren hatte, verheimlichte ihre er-

neute Schwangerschaft ihrer Herrschaft. Am 24. Juni 1900 suchte sie wegen Leibschmerzen öfter den Abort auf. Als man wegen ihres langen Ausbleibens nach ihr sah, saß sie mit heruntergeschlagenen Röcken auf dem Sitzbrett. Das Sitzbrett selbst und der Boden davor waren mit einer großen Blutlache bedeckt. Das Blut war ohne Beimengung von Fruchtwasser. Sie gab bei der Vernehmung die typische Schilderung einer Sturzgeburt. In der Abortgrube, die 1½ m tief und auszementiert war, fand man kein Blut. Der Boden der Grube war mit einer 1½ Zoll hohen Flüssigkeitsschicht bedeckt, und das Kind lag mit dem Mund in dieser Schicht. Der Obduzent gab als Todesursache Ertrinken in der Flüssigkeit an. Spuren dieser Flüssigkeit sah er in dem auffallend schmutzigen Schaum in Luftröhre und Magen.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1911. Bd. 42, p. 224:

F. Strassmann beschreibt unter 5. eine Eimergeburt. Nach seiner Annahme hatte das Kind nach der Geburt nur einmal nach Luft geschnappt und war dann sterbend in den Eimer gefallen. Es ergab sich keine Aufnahme von Fremdkörpern in die Luftwege. Unter 6. wird ein ähnlicher Fall beschrieben. Hier waren die Lungen lufthaltig, die Nabelschnur unterbunden. Als Todesursache wurde nicht Ertrinken, sondern Hirndruck infolge des Geburtsvorganges angenommen. Zwischen harter und weicher Hirnhaut fand man reichlich Blut. Unter 7. wird eine Eimergeburt beschrieben, bei der man luftleere Lungen, dagegen im Magen eine geringe Menge Blut fand, welches das Kind im Eimer geschluckt haben soll. Bei Fall 8 wurde Tod durch Ertrinken angenommen, was wie im Fall 9 durch den Befund von blutig gefärbtem Fruchtschleim in den Lungen bestätigt wird. Bei Fall 10, einer Klosettgeburt, wird Tod infolge Leberzerreißung vor dem Ertrinken angenommen. Die Lungen waren vollkommen lufthaltig. Eine kriminelle Ursache der Leberruptur wurde abgelehnt. Im Fall 11 war der Tod auch durch Leberblutung und Behinderung der Atmung wegen Anliegens von Mund und Nase an der Trichterwand eingetreten. Dieselbe Behinderung der Atmung führte in Fall 12 und 13 den Tod herbei. Im Fall 14 war das Kind nach der Klosettgeburt zerstückelt worden. Das Gutachten sprach sich für den Tod durch Erstickung aus und nahm an, daß die Zerstückelung erst nach eingetretenem Tod vorgenommen worden sei. In den Fällen, die Strassmann anführt, ist der Tod durch Ertrinken nur in den Fällen 7, 8, 9 wahrscheinlich, während sonst eine Behinderung der Atmung oder andere Todesursachen angenommen werden.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1917. Bd. 54, p. 48:

A. Lesser nimmt bei einer Eimergeburt den Tod durch Ertrinken an. Im Rachen und in den Luftwegen waren nur geringe Mengen schwach rötlicher Flüssigkeit. Die Lunge war zur Hälfte lufthaltig, und auch im Magen befand sich etwas Luft.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1924. Bd. 4, p. 276:

J. Fog beschreibt 4 Geburten auf dem Klosett fahrender Eisenbahnzüge. Das Erstaunlichste an diesen Sturzgeburten ist, daß 2 Kinder den Sturz auf den Schotter überstanden, ja, daß sie unverletzt und lebend blieben. Das 3. Kind lebte mit seinen Schädelverletzungen noch 6 Stunden. Das 4. Kind starb schneller, allerdings mehr infolge Gewalt seitens der Mutter als infolge der Sturzgeburt.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1926. Bd. 8, p. 657:

Ruggero Galante beschreibt eine Geburt in ein Nachtgeschirr, wobei das Kind erstickte. Die Lungen waren entfaltet, der Magen schwimmfähig. Einige Blutungen in den weichen Schädeldecken. Zahlreiche subseröse Ecchymosen. Das Nachtgeschirr war sehr eng.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin 1927. Bd. 9, p. 649:

Chavigny beschreibt eine Sturzgeburt auf einem Abort. Die Lungen waren nicht lufthaltig, und der Magen enthielt Menschenkot. Beschreiber ist der Ansicht, daß das Kind so schnell in die Grube fiel, daß es keine Zeit zur Atmung gehabt hätte. Beim Ersticken in der Jauchegrube hätte es dann den Kot geschluckt.

Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin Bd. 2, 1907, p. 578:

Schmidtmann führt bei einer Eimergeburt den Nachweis, daß das Kind gelebt hat, durch Nachweis der aspirierten Flüssigkeit in den feineren Bronchien.

Archiv für Gynäkologie 1927. Bd. 131, p. 253 u. 255:

Eduard Marz bringt in der Abhandlung: „Über die angeblich durch Gebärselbsthilfe erzeugten Mundrachenverletzungen bei Neugeborenen und deren Bedeutung für die Kindsmordfrage" zwei Fälle von Klosettgeburten. In einem Fall war der Tod durch schwere Rachenverletzungen eingetreten. Im anderen Fall war das Kind mit größter Wahrscheinlichkeit durch Einführen eines Fingers in die Mundrachenhöhle erstickt worden. Durch diesen Befund wurde die vorsätzliche Kindestötung für erwiesen gehalten.

8. Kapitel.

Neue Fälle.

Herr Prof. Dr. Berg hat mir folgende Fälle von Klosettgeburten zur Verfügung gestellt. Ich entnehme den entsprechenden Akten der Staatsanwaltschaft in Düsseldorf die nachstehenden Angaben:

1. Fall.

Der Vorfall ereignete sich am 16. Mai 1927 abends gegen 20½ Uhr in der Bedürfnisanstalt am Burgplatz in Düsseldorf. Die Warte-

frau sagte bei ihrer polizeilichen Vernehmung aus: „Die in Frage kommende Frauensperson kam gestern abend in die Bedürfnisanstalt. Sie sagte, es sei ihr schlecht, ich solle ihr nur schleunigst die Toilette öffnen. Ich tat dies auch. Ich habe mir die Person nicht näher angesehen, sondern nur einen kurzen Blick auf sie geworfen. Es ist mir weiter nichts aufgefallen, als daß sie stark geschwollene Füße hatte und eine Aktentasche trug. Als die Person sich etwa eine Viertelstunde ganz ruhig auf dem Klosett aufgehalten hatte, erschien mir die Sache auffallend. Ich klopfte an die Tür und rief: „Fräulein, vergessen Sie das Atmen nicht!" Dann fragte ich sie, ob es ihr besser sei, worauf sie sagte: „Ich komme jetzt". Ich sagte ihr noch, wenn es ihr noch schlecht sei, solle sie zu mir in den Warteraum kommen, sich dort auf einen Stuhl setzen und ein Glas Wasser trinken. Nach einigen Minuten kam die Person zu mir in den Warteraum, bezahlte und entfernte sich. Nun betrat ich den Toilettenraum und sah Blut im Klosett liegen. Die Spülung ist nicht benutzt worden. Als ich den Abfluß wie gewöhnlich mit einem Haken öffnete, kam eine Kinderleiche zum Vorschein." Die Wartefrau benachrichtigte sofort die Kriminalpolizei. Die Beamten zogen das tote Kind nach 20 Minuten aus dem Trichter heraus. Sie gaben den Befund folgendermaßen an: Die Kinderleiche lag mit dem Kopf nach unten etwa bis zum Rumpf in dem Trichter. Die Beine lagen auf dem Abflußbecken. Die Lage des Kindes erweckte nicht den Eindruck, als ob es gewaltsam in den Trichter hineingedrückt worden sei. Sie hielten es für durchaus möglich, daß das Kind noch so lag, wie es sofort nach der Geburt gelegen hatte. In dem Spülbecken selbst befand sich noch eine ziemliche Menge geronnenen Blutes. Auf dem Sitz befand sich auch etwas verwischtes Blut. Auf dem Fußboden waren Blutspuren nicht vorhanden.

Als Kindesmutter wurde durch eine anonyme Anzeige die Kontoristin E. H. ausfindig gemacht. Sie gab bei ihrer Vernehmung an: „Ich kam an dem fraglichen Abend von meiner Arbeitsstätte, dem Volkshaus, Wallstr. 10. Auf der Straße bekam ich starke Leibschmerzen und ging deshalb zu der Bedürfnisanstalt. Ich wußte, daß ich schwanger war; aber ich dachte nicht daran, daß ich auf der Stelle plötzlich ein Kind bekommen könne. Ich hatte mich kaum auf das Klosett gesetzt, als das Kind auch schon kam. Die Geburt ging sofort und ohne Schwierigkeiten vonstatten. Die Nabelschnur habe ich nicht durchtrennt. Ja, ich erkläre ausdrücklich, daß ich das Kind weder angerührt noch angesehen habe. Ich habe auch kein Lebenszeichen vernommen. Wenn mir vorgehalten wird, daß das Kind mit dem Kopfe nach unten in dem Klosettrichter gesteckt habe, und angenommen werden sollte, daß es von mir in diesen Trichter hineingedrückt worden sei, um es zu ersticken, so erkläre ich ausdrücklich, daß das Kind von mir nicht angerührt worden ist. Es muß während der Geburt in diese Lage hineingefallen sein. Wenn ich gefragt werde, wann und wo die Nachgeburt bei mir gekommen sei, so erkläre ich, daß ich diesen Ausdruck nie gehört habe. Ich erinnere

mich aber jetzt, daß am Tage nach der Geburt, als ich zu Hause auf der Toilette war, etwas bei mir fortgegangen ist, das wie Haut und dunkelgrau aussah. Schmerzen habe ich nicht verspürt. Die Masse habe ich in den Abort gespült. Es ist richtig, daß ich am Abend, als ich zur Frauentoilette ging, eine Aktentasche bei mir trug und diese vielleicht etwas dick aussah. In dereslben befanden sich meine Handtasche und ein Lederbeutel, vielleicht auch noch ein Buch."

Aus dem Sektionsbefund verdient folgendes hervorgehoben zu werden: Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 54 cm lang, 3920 g schwer und regelmäßig gebaut. Die Leiche ist noch frisch, ohne Fäulnisgeruch. Die Leichenstarre fehlt. Die Hautfarbe ist im allgemeinen rötlichweiß, an der Rückfläche heller. Der Rücken ist noch reichlich mit käsiger Schmiere bedeckt, die sonst am Körper fehlt. Kopfumfang 36 cm, Querdurchmesser 9½ cm, Längsdurchmesser 11 cm, Schulterbreite 15 cm, Hüftbreite 10½ cm. Die Zunge liegt hinter den Kieferbögen. Im Nabel haftet die 48 cm lange Nabelschnur, welche in einen handgroßen Fetzen Eihaut ausläuft. Der Hoden ist im Hodensack fühlbar. Die Hodensackhaut ist wässerig durchtränkt. Der Knochenkern am oberen Ende des Oberschenkels ist 5 mm groß. Die Nägel überragen an den Fingern die Kuppen, an den Zehen nicht. Die Lage der Eingeweide im Bauch ist regelmäßig; der Magen ist nicht sichtbar, erscheint aber nach Aufheben des Leberlappens gebläht. Die Lungenränder reichen bis zur Knorpelknochengrenze. In den Brusthöhlen kein Erguß. Die linke Lunge ist 32 g schwer, sieht gleichmäßig hellbraun-rot aus, und zeigt zerstreute 1 bis 2 mm große Blutaustritte im Überzug. Die Zunge des Oberlappens sieht heller aus. Die linke Lunge sinkt im Wasser unter. Nur die Zunge des Oberlappens ist schwimmfähig. Auch beim Einschneiden unter Wasser perlen keine Luftblasen auf. Das durchschnittene Gewebe sieht gleichmäßig braunrot aus. Die Verzweigungen der linken Luftröhre sind leer und haben eine durchsichtige, zarte, weißrote Schleimhaut. Die rechte Lunge wiegt 40 g. Der hintere Teil des Oberlappens sieht heller aus und ist allein schwimmfähig, während alle anderen Lungenabschnitte untersinken. Blutaustritte im Überzug sind nur ganz spärlich vorhanden. Die Kehldeckel sind zusammengebogen. Kehlkopf und Luftröhre sind vollkommen leer und haben eine durchsichtige Schleimhaut. Bei der Magen-Darmprobe sinkt alles unter. Beim Aufschneiden des Magens unter Wasser perlen mehrere 3 mm große Luftblasen auf. In der großen Sichel des Gehirns sind einzelne linsengroße Blutungen. Das Gezelt ist unversehrt.

Aus diesen gesamten angeführten Angaben ziehe ich folgende Schlüsse: Die E. H. wurde auf der Straße von Wehen befallen, die sie als Leibschmerzen deutete. Sie suchte deshalb die Toilette auf. Daraus kann man ihr nicht den Vorwurf der Fahrlässigkeit machen, da sie wirklich nicht ahnen konnte, daß es hier zu einer Sturzgeburt kommen würde. Die Geburt hat auf dem Klosett stattgefunden. Dies ergibt sich aus dem Vorhandensein von Blut, das über der

Leiche stand und erst abfloß, als die Wartefrau mit einem Haken Platz gemacht hatte. Das Kind ist also mit ziemlicher Gewalt aus dem Uterus ausgetreten, wobei die Nabelschnur vielleicht zerriß und der Kopf fest in den Trichter eingekeilt wurde. Hieraus ist auch der Sektionsbefund zu erklären. Das Kind hatte fast gar keine Zeit zum Atmen und erstickte sofort nach der Geburt, da der Kopf fest der Trichterwand anlag. So ist es verständlich, daß nur ein kleiner Teil der Lungen entfaltet, im Magen nur einige Luftbläschen waren und das Kind nicht geschrien hat. Dieser Erstickungstod gleich nach der Geburt ist um so eher anzunehmen, da sich keine Zeichen äußerer Gewalteinwirkungen finden ließen, durch die man den Tod des Kindes hätte erklären können. Dann besteht nur noch die Frage, ob man der Mutter wegen ihres Verhaltens nach der Geburt einen Vorwurf machen kann. Dabei muß man bedenken, daß das Kind in den ersten Augenblicken nach der Geburt erstickt ist. Wenn die Kindesmutter sich erhoben und das Kind herausgezogen hätte, würde sie an dem inzwischen eingetretenen Tod wahrscheinlich nichts mehr haben ändern können. Man kann mit Berechtigung sagen, daß die Kindesmutter dazu sofort gar nicht imstande gewesen wäre, selbst wenn sie es hätte tun wollen. Die schuldhafte Tötung durch Unterlassung kann also nicht bejaht werden. Vom medizinischen Standpunkt aus muß demnach jedes Verschulden der E. H. beim Geburtsvorgang ausgeschlossen werden.

Gegen meine Deutung des Geburtsvorganges könnte eingewandt werden: Der Geburtsvorgang hat sich vor einer Ohrenzeugin, der Wartefrau, abgespielt. Diese hat weder Stöhnen noch sonst ein Geräusch gehört. Die Gebärende hätte schließlich doch um Hilfe rufen können und müssen. Dagegen spricht meines Erachtens, daß die E. H. sich der Geburt wahrscheinlich gar nicht bewußt geworden ist und unter einer derartigen seelischen Schokwirkung gestanden hat, daß ihr Bewußtsein schwer beeinträchtigt war. Man muß auch bedenken, daß sie ihre Schwangerschaft mit Erfolg verheimlicht hatte und daß sie, nach der Geburt wieder zu vollem Bewußtsein gelangt, auch die Geburt verheimlichen wollte. Das wäre ihr auch gelungen, wenn sich nicht anderweit eine Angeberin gefunden hätte. Der Einwand liegt nahe, die E. H. habe das Kind anderwärts geboren und die Leiche in der Bedürfnisanstalt beseitigen wollen. Dagegen spricht aber der Umstand, daß im Klosett eine ziemliche Menge Blut stand. Daraus muß der Schluß gezogen werden, daß die Geburt in der Bedürfnisanstalt und nicht außerhalb erfolgt ist. Auffällig bleibt aber der Umstand, daß auf dem Fußboden keine Blutspuren gefunden wurden. Man könnte einwenden, daß die E. H., wenn sie in der Anstalt geboren hätte, beim Weggehen nach der Geburt eine Blutspur hätte hinterlassen müssen. Daraus sei zu folgern, daß sie das Kind in der Aktentasche mitgebracht habe und es dann im Klosett habe beseitigen wollen. Dem gegenüber weise ich darauf hin, daß die Lage des Kindes im Klosett so typisch für eine Sturzgeburt ist, daß man nicht annehmen kann, die E. H. habe nachträglich einen solchen

Befund so charakteristisch gestalten können. Die Lage des Kindes mit dem Rumpf bis zum Becken im Trichter, die Lage der Beine auf dem Abflußbecken, die ganze Leiche bedeckt von darüber stehendem Blut, alles das sind meines Erachtens untrügliche Zeichen für die in der Anstalt stattgefundene Sturzgeburt. In diesem Sinne ist auch die abgerissene, am Ende zerfaserte, in einen Fetzen Eihaut übergehende, 48 cm lange Nabelschnur zu verwerten. Es ist möglich, daß die Nabelschnur in den Geburtswegen der E. H. in dem Moment abriß, als diese sich nach der Geburt erhob. Wenn man bedenkt, daß die Entfernung vom Sitzbrett des Klosetts bis zur Mulde etwas über 20 cm, die Tiefe des Trichters 25 cm beträgt, ergibt sich für die Frucht beim Austritt aus der Scheide eine freie Fallhöhe von etwa 45 bis 50 cm. Das 3920 g schwere Kind wird sich also schon mit ziemlicher Wucht, die noch durch die Geburtsarbeit verstärkt wird, in den Trichter einkeilen. Auch bei diesem Fall kann die Nabelschnur zerrissen sein. Denn, wenn man für die Entfernung des Nabels bis zum Sitzbrett 25 cm rechnet und für die Geburtswege der Frau, Utêrus und Vagina 30 cm hinzu rechnet, so kann, eine hohe Insertion der Plazenta vorausgesetzt, eine Nabelschnur, die kürzer als 55 cm ist, leicht während des Falles eingetreten sein. In beiden Fällen spricht aber das zerfaserte Ende der Nabelschnur für eine Sturzgeburt. In Anbetracht aller übereinstimmenden Merkmale habe ich mich zu der oben geäußerten Darstellung bekannt und die Aussagen der Kindesmutter als der Wahrheit entsprechend angenommen, auch wenn einzelne Verdachtsmomente nicht in das Bild herein passen. Denn bei einer gegenteiligen Erklärung, die sich für ein mitgebrachtes Kind, das in der Anstalt zum Verschwinden gebracht werden sollte, aussprechen würde, würden die unvereinbaren Gegensätze im Geschehen und Ablauf der Vorgänge in der Bedürfnisanstalt noch vermehrt und vergrößert werden. Man hat auch die Aktentasche der E. H. durchsucht, hat aber keine Blutflecken darin finden können. Dies entkräftet den Verdacht, daß die Kindesmutter das Kind anderswo geboren habe und es nur in der Anstalt habe verschwinden lassen wollen. Denn die E. H. kam von ihrer Arbeitsstätte, dem Volkshaus, Wallstr. 10. Von dort bis zur Bedürfnisanstalt sind es ungefähr 150 m. Man hat nirgendwo Blutspuren finden können, die darauf hindeuten würden, daß die Geburt zu einem früheren Zeitpunkt als dem angegebenen vor sich gegangen wäre. Als Verdachtsmoment könnte auch die Größe des Kindes mit 54 cm Länge und 3920 g Gewicht gegen eine Sturzgeburt angeführt werden. Für eine Sturzgeburt spricht aber das Fehlen einer Geburtsgeschwulst. Schließlich bleibt belastend die Aussage der Wartefrau, daß sie keine Hinfälligkeit an der E. H. nach dem Verlassen der Toilette bemerkt habe. Man muß allerdings beachten, daß die Kindesmutter sich länger als eine Viertelstunde regungslos auf dem Klosett aufgehalten hat. Die Geburt ist aber nach ihrer Aussage sofort vor sich gegangen. Sie wird also die Anstalt wahrscheinlich erst wieder verlassen haben, als sie wieder bei Kräften war. Deshalb möchte ich, nachdem ich das Für und Wider er-

örtert habe, die oben von mir angenommene Deutung für diejenige halten, die mit den wenigsten Widersprüchen den Hergang am besten und sinnfälligsten erklärt. Immerhin ist zuzugeben, daß der Fall nicht ganz restlos geklärt erscheint, und deshalb bringe ich noch weitere analoge Fälle.

2. Fall.

Die ungefähr 27 Jahre alte Hausangestellte A. D. hatte am 21. 10. 1929 ein Kind ins Klosett geboren. Der ganze Vorgang spielte sich nach ihrer Aussage folgendermaßen ab: „Am Sonntag, dem 20. 10. 1929 setzten die Wehen ein, die ich als solche aber nicht erkannte und für Leibschmerzen hielt. In der Nacht hielten die Schmerzen an. Ich muß aber bemerken, daß sie nicht besonders stark waren. Gegen Morgen bekam ich Stuhldrang. Ich begab mich zur Toilette. Nach etwa 2 bis 3 Minuten erfolgte dort plötzlich die Geburt. Ich merkte dies erst, als die Frucht in den Trichter fiel. Bei diesem Fall gab das Kind einen leisen Laut von sich. Ich nahm sofort das Kind aus dem Trichter heraus und brachte es in mein Zimmer. Wie das Kind in dem Trichter gelegen hat, vermag ich nicht mehr zu sagen; es war dunkel auf dem Klosett, und ich habe auch nicht darauf geachtet. Dann legte ich das Kind ins Bett und schnitt die Nabelschnur mit einer Schere glatt ab. Das Kind deckte ich vollständig, aber leicht mit dem Oberbett zu. Ich zog mich sofort an und ging hinunter in die Wirtschaft, um meiner Arbeit nachzugehen. Unten auf der Uhr war es 5, 45 Uhr. Auf meinem Zimmer hatte ich kein Licht gemacht. Es ist dies meine Gewohnheit. In meinem Zimmer ist es nachts nämlich ziemlich hell, da aus den in der Nähe liegenden Fabriken Licht in mein Zimmer herein fällt. Als ich hinunter ging, bewegte sich das Kind noch, gab aber keinen Laut von sich. Ich arbeitete bis 11 Uhr unten und ging dann hinauf, um nach dem Kinde zu sehen. Ich hob das Oberbett hoch und faßte das Kind, das regungslos dalag, an. Die Ärmchen waren bereits kalt, und ich nahm an, daß es schon tot sei. Ich ließ das Kind dann liegen und ging wieder hinunter an meine Arbeit. Gegen 21 Uhr ging ich wie gewöhnlich zu Bett. Ich besah mir das Kind nochmals und stellte fest, daß es tot war. Während der Nacht behielt ich das Kind bei mir. Morgens, als ich aufstand, nahm ich das Kind aus dem Bett, wickelte es in eine Schürze und legte es auf den Tisch. Dann ging ich wieder an meine Arbeit. Als die Eheleute Kl. dann zu mir in die Küche kamen und ihnen mein Zustand auffiel, stellten sie mich zur Rede. Ich sagte ihnen darauf, daß ich ein Kind geboren habe, das aber inzwischen verstorben sei. Die Eheleute begaben sich auf mein Zimmer, sahen sich das Kind an und riefen einen Arzt, der mir Bettruhe verordnete. Ich bestreite, irgend etwas Strafbares an meinem Körper vorgenommen zu haben. Auch dem Kinde habe ich nichts getan. Ich habe es sofort aus dem Trichter des Klosetts herausgenommen. Allerdings habe ich ihm, als ich es vom Klosett zu meinem Zimmer trug, meinen Zeigefinger in den Mund gesteckt, um ein Schreien des Kindes zu verhüten. In meinem

Bett habe ich es zugedeckt, aber nicht so, daß es hierdurch erstickt sein könnte. Ich muß zugeben, daß ich mich von etwa 6 Uhr bis 11 Uhr nicht um das Kind gekümmert habe. Die Geburt habe ich aus Scham so lange verheimlicht. Ich hatte nicht die Absicht, das Kind umkommen zu lassen, indem ich ihm keine Nahrung gab. Wenn das Kind, als ich um 11 Uhr herauf kam, noch gelebt hätte, hätte ich der Frau Kl. bestimmt Mitteilung von der Geburt des Kindes gemacht."

Die Sektion ergab folgenden Befund: Die Leiche des männlichen Neugeborenen ist 51 cm lang und 3100 g schwer. Der Körper ist regelmäßig gebaut, die Leichenstarre ist vorhanden, der Fäulnisgeruch fehlt. Der Kopfumfang beträgt 34 cm, der Längsdurchmesser 11 cm, der Querdurchmesser 8 cm, die Schulterbreite 9 cm. Der Kopf ist mit 2 cm langen hellbraunen Haar bedeckt. Eine Geburtsgeschwulst ist nicht fühlbar. Der Knorpel an Nase und Ohren ist fest. Die Bindehäute sind hellrot, die Sehlöcher je 2 mm weit. Die Lippenschleimhaut ist graurot. Die Zunge überragt ½ cm die Kieferbögen. Die Brust ist gewölbt, der Bauch weich, eindrückbar. Im Nabel haftet ein 15 cm langer Nabelschnurrest, dessen freies Ende eingetrocknet und ziemlich glatt und quer abgetrennt ist. Die Hoden sind im Hodensack fühlbar. Der After klafft, die Umgebung ist mit Kindspech bedeckt. Im unteren Ende des Oberschenkels findet sich ein dunkelroter, 7 mm großer Knochenkern. Im Bauch liegen die geblähten Darmschlingen vor. Der geblähte Magen ist von der Leber verdeckt. Das Zwerchfell steht rechts an der 4., links an der 5. Rippe. Die Lungenränder sind bis zur Knorpelknochengrenze zurückgesunken. In den Brusthöhlen findet sich kein Erguß. Das Herz zeigt zerstreute 1 mm große, hellrote Blutungen im Überzug vorn und hinten. Es ist derb, graurot, links 6 mm, rechts 4 mm dick. Die Innenhaut und Klappen sind zart, das eirunde Loch und der Schlagadergang offen. Das Herzgewicht beträgt 22 g. Die Speiseröhre ist leer, die Schleimhaut grauweiß. Die Kehldeckel sind dunkelrot und zusammengebogen. Die Lungen schwimmen auf dem Wasser. Sie fühlen sich weich und polstrig an. Außen sind sie glatt, buntscheckig, graurot und blaurot. Die Schnittfläche ist dunkelrot. Bei seitlichem Druck quillt feinschäumige, rötliche Flüssigkeit auf, und aus den durchschnittenen Luftröhrenästen quillt je ein Tröpfchen trüber grauer Schleim. Beim Aufschneiden der Luftröhren sind diese erfüllt mit grauem Schleim. Die Schleimhaut selbst ist durchsichtig, hellrot. Die Lungengefäße enthalten reichlich flüssiges Blut. Bei der Magen-Darmschwimmprobe erweisen sich der Magen und der gesamte Darm als schwimmfähig. Nur ein 5 cm langer Abschnitt des absteigenden Dickdarms sinkt unter, während der anschließende unterste Abschnitt wieder gashaltig ist. Die Innenfläche der Kopfhaut ist hellrot und dunkelrot. Eine Geburtsgeschwulst ist nicht vorhanden. An der großen Lücke sind die Knochenränder 2 cm von einander entfernt, an der kleinen Lücke berühren die Knochenränder sich einander.

Nach diesen Feststellungen, der Lungenuntersuchung und der Magen-Darmprobe, hat das Kind die Geburt um Stunden überlebt.

Die Todesursache war ein Luftröhrenkatarrh, der zu einer Erstickung des Kindes durch Schleim führte. Der Katarrh ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, daß das Kind im Klosettrichter Flüssigkeiten aspirierte und dann stundenlang unter dem Oberbett lag. Da eine Verwechslung der Wehen mit Stuhldrang möglich ist, kann der Kindesmutter aus dem Aufsuchen des Klosetts kein Vorwurf gemacht werden. Sie trägt daher auch keine Schuld daran, daß das Kind in das Klosett fiel und die Flüssigkeit aspirierte, was später hauptsächlich den Tod herbeiführte. Falls das Kind in dem Bett zu kalt gelegen hat, ist das auf die Unkenntnis der von der Geburt allein überraschten Mutter zurückzuführen. Daß ihr ein Vorsatz zur Schädigung des Kindes fehlte, ergibt sich daraus, daß sie die Nabelschnur sorgfältig abgetrennt hat, wozu bei einer Tötungsabsicht kein Anlaß gewesen wäre. Auch hier ist ein Verschulden der Mutter an dem Tod des Kindes nicht festzustellen.

3. Fall.

Die Dienstmagd L. B. verheimlichte ihre Schwangerschaft ihrer Dienstherrschaft gegenüber. Am 27. 10. 29 stand sie wie gewöhnlich um 7½ Uhr auf und ging an ihre Arbeit. Sie konnte diese aber nur mit äußerster Anstrengung verrichten und ließ sich deshalb dazu bewegen, ins Bett zu gehen. Kurz nach 14 Uhr ging sie auf das Klosett, von wo die Hausfrau sie dann um Hilfe rufen hörte. Als die Hausfrau dazu kam, stand die L. B. mit schmerzverzerrtem Gesicht aufrecht da und fiel dann hintenüber mit dem Kopf zwischen Spülbecken und Wand. Die Frau schaffte mit ihrem Vater die L. B. ins Bett. Dann ging sie zur Toilette und zog aus dem mit Blut gefüllten Klosett ein bereits kaltes und totes Kind heraus. Nach ihrer Ansicht hat das Kind mit dem Kopf nach unten im Abflußrohr gesteckt. Eine herbeigerufene Hebamme unterband dann noch die Nabelschnur.

Die Sektion ergab folgendes: Im Kehlkopf und in großen Luftröhre war eine dicke Schicht grauweißen zähen Schleims. Die Schleimmassen fanden sich auch die ganze Lichtung ausfüllend in den großen Luftröhrenverzweigungen. Die Lungen fühlten sich derb an, waren außen glatt, vorne dunkelrot, hinten schwarzrot. Diese Schwarzfärbung beruhte auf einer blutigen Durchtränkung des Überzuges. Auch sonst fanden sich kleinere zerstreute Blutungen im Lungenfell. Die Schnittflächen der Lungen waren gleichmäßig braunrot, in den hinteren Partien deutlich feinkörnig und etwas in der Farbe. Bei Druck quollen feinste Schleimtröpfchen aus den durchschnittenen Luftröhrenästen hervor. Gewicht der Lungen je 25 g. Bei der angestellten Schwimmprobe sanken die Lungen im Ganzen unter, es konnten auch keine abgeschnittenen Lungenteile als schwimmfähig nachgewiesen werden. Bei der Schwimmprobe sanken Magen und Darm vollständig unter; nur beim Einschnitt in den Magen entleerte sich eine erbsengroße Luftblase. Auch histologisch konnten pneumonische Veränderungen in den Lungen nachgewiesen werden.

Aus dem Angeführten ist zu schließen: Das Kind war neugeboren, reif und lebensfähig. Trotzdem Luftatmung nicht nachgewiesen wurde, ist aus der im Magen gefundenen Luft zu schließen, daß das Kind im Augenblick der Geburt gelebt hat. Diese Lebensdauer ist allerdings nur sehr kurz gewesen. Als Todesursache ist die Entzündung der Luftröhren und der Lungen mit Sicherheit anzusprechen. Nun ist diese Erkrankung der Luftwege so ausgebreitet, aber die Lebensdauer außerhalb des Mutterleibes so kurz, daß die Erkrankung schon im Mutterleibe begonnen haben muß. Damit hat die Kindesmutter kein Verschulden an dem Tod des Kindes, denn durch die im Mutterleib schon begonnene Krankheit wurde im Augenblick der Geburt durch Versagen der Atmungsorgane der Tod herbeigeführt. Außerdem konnte sie nach der Geburt das Kind nicht aus dem Klosett herausziehen und besser versorgen, da sie so schwach war, daß sie ohnmächtig hinfiel. Es fragt sich also nur, ob sie absichtlich das Klosett zur Zeit der Geburt aufsuchte. Es kann ihr aber nicht widerlegt werden, daß sie die Austreibungswehen für Stuhldrang gehalten hat. Es entfällt also jeder Schuldgrund gegen die Mutter.

4. Fall.

Die 20jährige Dienstmagd G. Schr. war vor 6 Monaten, wie sie angibt, geschwängert worden, verheimlichte dies aber. Am 25. 2. 30 bekam sie Wehen, die sie für Leibschmerzen hielt. Sie suchte einen Arzt auf und bekam einen Aufnahmeschein für das Krankenhaus. Als sie auf dem Rückweg in der Bäckerei Kr. sich Sahneteilchen kaufen wollte, bekam sie großen Stuhldrang. Sie suchte daher das Klosett des ihr sonst unbekannten Kr. auf. Dort, sagt sie, habe sie ohne Schmerzen einen Klumpen Blut verloren. Als sie aufstand, sah sie das Kind, das noch an der Nabelschnur hing, im Becken liegen. Sie riß die Nabelschnur ab und ließ das Blut in das Becken laufen. Das Kind hat nach ihrer Aussage nicht geschrien, und es gab auch sonst kein Lebenszeichen. Sie nahm an, daß es tot war. Inzwischen erschien die Frau des Bäckers und fragte, was los sei. Die G. Schr. bat um einen Eimer, wischte das Blut auf und legte das Kind in den Eimer. Sie wurde dann ins Krankenhaus transportiert, wohin sie den Eimer mitnahm.

Bei der Sektion wurde festgestellt: Die Leiche des neugeborenen Kindes war 38 cm lang und wog 1380 g. Im Nabel haftete die 60 cm lange Nabelschnur in Zusammenhang mit der Nachgeburt. Letztere wog 130 g und war schon etwas faulig, schmutzig, dunkelrot. Die Nabelschnur war vertrocknet, dünn, kupferrot. Die linke Lunge war stärker zurückgesunken, die rechte reichte vorne bis zur Knorpelknochengrenze. In den Brusthöhlen kein Erguß. Beide Lungen waren gleichmäßig hellgrau-rötlich verfärbt und an der ganzen Oberfläche mit dunkelroten 1—2 mm großen Blutungen übersät. Die linke Lunge schwamm.

Daraus ist zu schließen: Das Kind war neugeboren, nicht reif, aber lebensfähig. Es entsprach in seiner Entwicklung dem 7. bis 8. Schwangerschaftsmonat. Es hat nach der Geburt gelebt und Luft geatmet. Die Zeichen einer gewaltsamen Tötung konnten nicht gefunden werden. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß das Kind kurz nach der Geburt gestorben ist, denn die rechte Lunge war noch nicht entfaltet. Als Todesursache ist wohl Erstickung anzunehmen. Das Kind hat mit dem Kopf der Klosettwand ziemlich dicht angelegen und ist dadurch wegen Behinderung der Luftatmung gestorben. Und zwar war es schon tot, als die Mutter merkte, daß sie geboren hatte und das Kind im Klosett liegen sah. Außerdem muß man ihr glauben, daß sie die Geburtswehen als Stuhldrang empfunden hat. Ja, sie brauchte sogar noch nicht mit der Geburt zu rechnen, weil das Kind nicht ausgetragen war. Man kann also in diesem Falle der Mutter nicht Fahrlässigkeit vorwerfen. Somit kann man der Mutter ein Verschulden an dem Tod ihres Kindes nicht nachweisen.

Aus den beiden letzten Fällen ersieht man, daß eine Sturzgeburt überaus schnell und ohne Wahrnehmung durch die nächste Umgebung vor sich gehen kann. Sie erbringen weiter den Beweis, daß der Kindeskörper bei der Sturzgeburt ziemlich tief in den Abflußtrichter hineingedrückt werden kann, wobei das Kind sofort erstickt. Gerade diese Umstände sind es aber, die im Fall 1 Bedenken gegen die Darstellung der Kindesmutter erwecken können. Im Gegensatz zu dem Falle 1 haben sich aber die zwei letzten Fälle gewissermaßen unter Zeugen abgespielt. Beide Mütter wurden von der Geburt überrascht. Sie wollten diese nicht verheimlichen, gaben sie vielmehr sofort zu. Deshalb werfen diese zwei beobachteten Fälle auch ein aufklärendes Licht auf den etwas dunklen Fall 1.

Zusammenfassung.

Ich habe im Vorstehenden ausführlich 4 Fälle von schnell verlaufenden Geburten auf einem modernen Wasserklosett geschildert. Diese 4 Fälle haben vieles übereinstimmende, und dadurch stützen sie die Angaben der jeweilig beschuldigten Kindesmutter. Ich habe keine Bedenken, deshalb die Angaben über die Geburtsvorgänge auf dem Abort nicht für zuverlässig zu halten. Dazu kommt, daß die beschuldigten Kindesmütter bei ihrer Vernehmung kein ersichtliches Interesse mehr hatten, den Geburtsvorgang durch falsche Angaben zu entstellen. Das Gemeinsame und daher für derartige Fälle Typische ist folgendes:

1. Die Gebärende verkennt die Wehen und deutet sie als Stuhldrang.

2. Durch eine einzige kräftige Wehe wird die Frucht aus den Geburtswegen mit solcher Kraft ausgestoßen, daß sie in dem abführenden Teil des Sitzbeckens mit dem vorangegangenen Kopf eingeklemmt wird. Daher darf der Umstand der festen Einkeilung des

Fruchtkörpers in das Abflußrohr nicht für ein Hineinstopfen des Kindeskörpers mit der Hand verwertet werden.

3. Trotz des kurzen Weges, den der Kopf des geborenen Kindes vom Ende der Geburtswege bis zu dem Wasserspiegel im Abfluß zurückzulegen hat, ist eine Luftatmung des Kindes in meinen sämtlichen Fällen nachgewiesen.

4. Bei schnellem Herausziehen der Frucht aus dem Abflußrohr kann das Leben des Kindes erhalten bleiben. Wie aber Fall 2 und 3 zeigen, besteht durch die Einatmung von Schmutzteilen die Gefahr einer tödlichen Infektion der Lungen.

5. Im einzelnen Fall wird sich der ärztliche Sachverständige mit einer Besichtigung des fraglichen Aborttrichters neben der Untersuchung des angeblich in den Aborttrichter geborenen Kindes befassen müssen, um die Aussage der beschuldigten Kindesmutter auf ihre Glaubwürdigkeit zu prüfen.

BENUTZTE LITERATUR.

Archiv für Gynäkologie Bd. 31. Berlin 1927. Seite 253 u. 255.

Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. XI. Jahrgang. Wiesbaden 1898.

Lehrbuch der Geburtshilfe. Herausgegeben von Professor Dr. W. Stoeckel. 3. Aufl. Jena 1930.

Hofmann-Haberda, Gerichtliche Medizin. 11. Auflage. Berlin 1927.

Schmidtmann, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Bd. 2. 1907.

Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin. Bd. 22, 1901, Seite 392.

— Bd. 24, 1902, Seite 74.

— Bd. 42, 1911, Seite 224.

— Bd. 54, 1917, Seite 48.

— Bd. 4, 1924, Seite 276.

— Bd. 8, 1926, Seite 657.

— Bd. 9, 1927, Seite 649.

Althen, Ist die Geburt ein physischer Schok? Diss. Freiburg 1916.

Basnizki, Über die in den Jahren 1903 bis 1913 in der Kgl. Universitätsfrauenklinik und Kgl. Hebammenschule zu München zur Beobachtung gekommenen Sturzgeburten. Diss. München 1914.

Kohlrausch-Liszt-Delaquis, Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich mit Nebengesetzen. 29. Aufl. Berlin und Leikpig 1930.

LEBENSLAUF

Am 30. Mai 1909 wurde ich, Anton Aretz, zu Erkelenz, Bezirk Aachen, geboren. Mein Vater ist der Kaufmann Leo Aretz, meine Mutter dessen Ehefrau Josefine geb. Langels. Ich besuchte von Ostern 1915 ab die Volksschule und von Ostern 1919 bis Herbst 1923 das Gymnasium in Erkelenz. Da meine Eltern aus geschäftlichen Gründen nach M.Gladbach verzogen, besuchte ich dort anschließend das Realgymnasium und bestand an diesem Ostern 1928 die Reifeprüfung. Ich widmete mich dem Studium der Medizin und studierte 2 Semester in Köln, 1 Semester in Königsberg und dann wieder 2 Semester in Köln, wo ich am 28. 7. 30 die medizinische Vorprüfung bestand. Dann besuchte ich 1 Semester die Universität in München und belegte die 5 letzten klinischen Semester an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf.